

Assemblée générale annuelle de la Gaspésie

pour la première fois, tous les postes sont pourvus !

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

EN GASPÉSIE, les médecins et les patients n'osaient même pas en rêver. Le **D^r Robert Benguerel**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie (AMOG), ne pensait jamais voir cela un jour. Et pourtant, c'est arrivé. Pour la première fois cette année, tous les postes d'omnipraticiens offerts en Gaspésie ont été pourvus. Le président entrevoit même la possibilité d'avoir à gérer des surplus d'effectifs en 2012 !

« C'est une première ! Nous avons rempli le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) 2011. Nous avons même rempli celui de 2012 qui va commencer sous peu. Nous avons déjà douze médecins qui ont signifié leur intérêt à venir travailler chez nous », a annoncé le président au cours de l'assemblée générale annuelle qui a lieu à la fin de septembre,

à Pabos-Mills, petit village situé à une demi-heure de Percé.

Ravi, le D^r Benguerel ne s'attendait vraiment pas à cette soudaine popularité de sa région.

Il se demande maintenant quoi faire si l'année prochaine trop de candidats postulent. « On entendait dire que dans les grandes villes, ils faisaient des entrevues de sélection et des évaluations de candidature. On n'a jamais pensé qu'on aurait à faire face à cela. »



D^r Robert Benguerel



Assemblée générale annuelle de l'AMOG

Après des années à avoir été victime du syndrome du restaurant vide, la Gaspésie va maintenant profiter du syndrome du restaurant plein. « Quand on va le soir dans une nouvelle ville et qu'il y a deux restaurants voisins, l'un où il y a une file d'attente à la porte et l'autre qui est vide, dans lequel va-t-on manger ? En général dans celui qui est plein. » Les régions ont le même effet sur les résidents.

Le secret de la réussite

Cet engouement pour la Gaspésie n'est cependant pas le fruit du hasard. Cette réussite s'explique par des efforts de longue haleine et des initiatives ingénieuses. « Le travail de recrutement se fait dès le début de la résidence en médecine familiale. Chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Gaspésie a la liste de tous les futurs omnipraticiens et communique avec eux. » Les résidents reçoivent ainsi deux fois par année une belle revue en papier glacé, *L'Antidote*.

Produite par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la publication décrit chacun des CSSS, présente le responsable du recrutement, indique les postes offerts et contient articles et témoignages de médecins. « La publication a de belles photos. C'est toute une publicité », estime le D^r Benguerel. Pour attirer encore plus sûrement ses lecteurs, la revue propose également un tirage dont le gros lot est une semaine de vacances en Gaspésie ou aux Îles-de-la-Madeleine. L'an dernier, 30 jeunes résidents ont ainsi eu l'occasion de découvrir un coin de ces régions.

De son côté, année après année, le D^r Benguerel s'est fait l'ardent défenseur du respect absolu des PREM. « À un moment donné, on nous faisait valoir, avec un fond d'air de violon, que telle région qui a une pénurie épouvantable de médecins a la chance d'en engager un de plus que ne le permet son PREM. Moi, je disais qu'il n'en était pas question. Nous aussi, nous avons le droit d'avoir de nouveaux médecins. »

Le D^r Benguerel défendait sa position entre autres auprès de la FMOQ, et son vice-président, le D^r **Samer Daher**, également chef du Département régional de médecine générale (DRMG), faisait de même à la table des chefs de DRMG.

Joies et déceptions concernant l'entente

Au cours de l'assemblée générale, à laquelle 31 médecins, dont six résidents, assistaient, le D^r Benguerel a également abordé la question du nouvel accord-cadre. « Je trouve que c'est une entente où il y a eu des gains importants



en ce qui concerne le suivi de la clientèle. C'est sûr qu'il y a encore beaucoup de mesures à mettre en vigueur, mais grâce à cet accord-cadre cela va être plus facile de faire notre travail. »

L'un des points qui réjouit particulièrement le président est l'abolition, dans les régions éloignées, de la différence entre la bonification dans les cabinets médicaux et celle dans les établissements. « Cet écart existe depuis 1998. On nous a demandé de l'accepter en nous disant qu'il serait éliminé. Cela a traîné en longueur, année après année. Cette différence n'incitait absolument pas les nouveaux médecins à aller travailler dans les cabinets : ils gagnaient 10 % ou 15 % de moins et devaient payer en plus des frais de pratique. Enfin, c'est corrigé. Cela va nous aider. »

Seule réserve du D^r Benguerel concernant le nouvel accord-cadre : l'importante différence de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes va persister. « Je suis déçu. Lorsqu'on est un étudiant en médecine et qu'il y a une grande différence comme celle-là, on se dit que si l'on fait quelques années d'études de plus on gagnera au moins 50 % de plus pendant toute notre carrière. C'est donc tentant de devenir spécialiste. J'ai l'impression que le gouvernement est passé à côté de quelque chose. »

Le combat continue

Le président de la FMOQ, le D^r Louis Godin,



D^r Louis Godin

qui était venu rencontrer les membres de l'AMOG, était lui aussi préoccupé par la question de l'écart de rémunération avec les spécialistes. Un des médecins de l'assistance a d'ailleurs soulevé la question. « On traîne un problème de 35 ans, et il était optimiste de penser qu'on pouvait le régler en

un an. On a cependant réussi à stopper l'hémorragie. Si l'on avait eu un règlement égal



à celui des spécialistes, comme c'est le cas d'habitude, l'écart se serait creusé d'au moins 6 % à 7 % », a répondu le D^r Godin.

Le dossier n'est cependant pas clos. « La question de l'écart va rester présente. Aux prochaines négociations, ce ne sera pas plus facile, mais ce point sera quand même l'une de nos revendications. Il ne faut pas tomber dans le panneau en se disant que puisqu'on n'a pas eu ce qu'on voulait, on va laisser tomber la question. C'est l'erreur à ne pas faire. »

Le D^r Godin est conscient qu'il faut garder les médecins mobilisés. Chacun doit faire sa part, tant la FMOQ et les associations que les médecins sur le terrain, estime-t-il. Les conversations avec des confrères peuvent avoir autant sinon plus d'influence que le discours d'un dirigeant syndical. « Dès maintenant, il faut se préparer à la prochaine fois où l'on va retourner à la table des négociations. »

Le président a, par ailleurs, été un peu déçu du pourcentage de médecins qui n'ont pas participé au vote sur le nouvel accord-cadre cet été. De nombreux facteurs l'expliquent : la période des vacances, la grève de la poste, certains ratés dans le processus. « Néanmoins, cela aurait été bien que tous les médecins votent. Il faudrait y arriver à un moment donné, parce que le renouvellement de l'Entente générale concerne tout le monde. Il s'agit de nos conditions de travail. »

Assemblée générale annuelle de la Côte-Nord

comment attirer plus de médecins dans la région ?

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

Sept-Îles



D^r Pierre Gosselin

LES EFFECTIFS MÉDICAUX de la Côte-Nord croissent, mais restent insuffisants. Actuellement, 127 omnipraticiens y pratiquent, mais il en faudrait 145. Du côté des spécialistes, il n'y en a que 57, alors que 90 seraient nécessaires.

Le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) de 2011 accordait quinze postes à la région, mais seulement dix ont été pourvus. « Il s'agit d'un taux de 66 % ! », a souligné le **D^r Pierre Gosselin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord (AMOCN), à l'assemblée générale annuelle

qui avait lieu à Sept-Îles à la fin de septembre. Pour 2012, le PREM réservait encore quinze places à la Côte-Nord, mais rien ne garantit qu'elles seront pourvues. Le président n'était pas très optimiste. « Nous avons eu très peu de visites de résidents. J'espère que cela va changer. »

L'absence de lits d'hospitalisation

Certaines villes de la Côte-Nord sont particulièrement frappées par le manque de médecins. À Port-Cartier, par exemple, il y a six omnipraticiens, alors qu'il en faudrait presque le double. Forestville en compte cinq, mais en aurait besoin de neuf. « Les établissements de soins de ces régions sont en pénurie d'effectifs année après année », a expliqué le D^r Gosselin.

Mais pourquoi la pénurie s'acharne-t-elle

sur ces agglomérations ? Ces régions présentent certaines caractéristiques qui les desservent. « Elles n'ont pas l'exotisme de Havre-Saint-Pierre ou de Blanc-Sablon où les médecins vont pratiquer dans des dispensaires ou prennent l'hélicoptère pour aller voir des patients. Ce sont de petites municipalités de moins de 8000 habitants. Elles ne sont pas non plus vraiment *glamour* pour les jeunes médecins, parce que l'établissement de soins n'a pas de nombreuses spécialités ni de grosse urgence. »

Autre handicap important, contrairement aux autres centres de la Côte-Nord, ceux de Port-Cartier et de Forestville ne disposent pas de lits pour hospitaliser les patients. « Il y a un certain nombre d'années, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Côte-Nord a effectué une étude qui comparait Port-Cartier, qui avait alors des lits d'hospitalisation, à Forestville, qui n'en avait pas et où la pénurie était plus criante. Il en est ressorti que la possibilité d'avoir une pratique globale était un attrait pour les médecins. Mais en 1996, la politique du ministre Rochon a été de fermer les lits d'hospitalisation à Port-Cartier. »

Cette absence de lits rend également les deux établissements moins attirants pour les médecins dépanneurs, dont ils dépendent grandement. « Les cliniciens nous demandent si l'on a droit aux mesures des lettres d'entente 132, 233 ou 235 qui donnent un bonus. On doit leur dire que non, parce qu'on n'a pas de lits d'hospitalisation. »

Les deux établissements doivent d'ailleurs consacrer des ressources presque à temps plein pour recruter des praticiens. Et la pression sur ceux qui sont en place est forte pour qu'ils remplissent les postes de travail manquants. Les effectifs médicaux, par ailleurs, vieillissent. À Port-Cartier, quatre des six omnipraticiens qui y exercent ont plus de 25 ans d'expérience. À Forestville, trois des cinq médecins de famille exercent depuis plus de 20 ans. « Il va y avoir des problèmes à moyen terme », a prédit le D^r Gosselin.

Des solutions possibles

Quelles solutions permettraient de remédier à la situation ? Le président de l'AMOCN a



Assemblée générale de l'AMOCN

plusieurs idées. Des majorations, par exemple, constitueraient peut-être un levier intéressant. « Est-ce qu'il pourrait y avoir certaines augmentations, peut-être pas autant que dans les lettres d'entente actuelles, mais quand même une hausse pour permettre de recruter des médecins ? » L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, pour sa part, étudie la possibilité d'augmenter les primes d'installation et leur durée.

L'accord 455 pourrait également être bonifié. « Cela est toujours un couteau à double tranchant, parce que cette entente s'applique aux médecins qui restent en place. Parfois, il n'y a qu'un seul praticien permanent dans l'endroit. »

En ce qui concerne les médecins dépanneurs, on pourrait peut-être leur proposer des hausses supplémentaires en passant avec eux un accord. « Le médecin dépanneur qui s'engagerait à faire, par exemple, six périodes par mois à Port-Cartier ou à Forestville pourrait y avoir droit. »

Le président de l'AMOCN essaie aussi de faire un peu de lobbying. « On tente de sensibiliser le ministère de la Santé et des Services sociaux et les différentes instances. » Le D^r Gosselin et ses collègues de l'établissement de Port-Cartier ont d'ailleurs préparé un document sur la situation de leur centre qu'ils ont envoyé à l'Agence.

L'entente vue de la Côte-Nord

Plusieurs points de la nouvelle entente signée entre la FMOQ et le gouvernement sont particulièrement intéressants pour les médecins

de la Côte-Nord, a par ailleurs souligné le D^r Gosselin. Il y a ainsi l'harmonisation de la rémunération majorée entre les établissements de soins et les cabinets médicaux. « Ce n'était pas vraiment encourageant pour les médecins qui venaient s'installer, par exemple, à Sept-Îles. Ils gagnaient 130 % en établissement, et s'ils voulaient aller travailler en cabinet, ils n'avaient plus que 120 % et devaient payer en plus des frais de pratique. Maintenant, ils ont droit au même pourcentage dans les deux milieux. »

Les cliniciens de la région bénéficient également de toutes les autres mesures qui vont profiter à l'ensemble des omnipraticiens : bonification de la prise en charge de patients et modulation des inscriptions de clientèles, prime à la polyvalence, soutien financier pour les cliniques médicales, etc.

Il y a cependant deux points importants que l'on ne retrouve pas dans le nouvel accord-cadre, estime le D^r Gosselin. Pour commencer, l'augmentation de la bonification liée à l'éloignement. « En région, les médecins spécialistes reçoivent 150 % de la rémunération de base et les médecins omnipraticiens, 130 %. À éloignement égal, rémunération majorée égale. »

L'AMOCN avait également demandé une bonification de l'allocation pour le ressourcement. « On voulait avoir une indexation annuelle, et non pas des rattrapages accordés des années plus tard. » Le D^r Gosselin et ses membres désiraient également des améliorations concernant le ressourcement. « C'est quelque chose d'accrocheur. Maintenant qu'il y a les allocations de formation en ville, le ressourcement accordé aux médecins des régions a perdu l'éclat qu'il avait. On aimerait que ce point soit vraiment bonifié. »

Formation et ressourcement : à venir

Le D^r Louis Godin, président de la FMOQ, qui était présent à l'assemblée générale, a rassuré le D^r Gosselin concernant la formation et le ressourcement. Ces deux points font partie d'un bloc de mesures négociées dans le nouvel accord-cadre. « Il y en a une quinzaine dans ce bloc, et elles seront mises en vigueur selon un certain ordre. Il est donc déjà prévu dans l'entente qu'on va revoir le ressourcement et la formation. »

Le D^r Godin a également donné des précisions sur les mesures du nouvel accord-cadre qui entreront en vigueur sous peu : nouvelles nomenclatures, élargissement des catégories de clientèles

vulnérables, compensation pour les frais de pratique, forfait pour la prise en charge de patients orphelins, bonification pour les jours travaillés, etc.

Conscient de la complexité des accords-cadres, le président a, par ailleurs, annoncé la création de cours de facturation sur le Web. « On s'attend à faire de dix à douze modules. On va les réaliser un à la fois. Il faut absolument s'assurer que tout est exact, parce que cela va devenir une référence en matière de facturation », a expliqué le D^r Godin aux dix-huit médecins qui assistaient à la rencontre. 📶



D^r Louis Godin

Photos : Emmanuelle Garnier



Devenir le médecin d'un autre médecin

un guide pour faciliter le suivi d'un collègue

Emmanuèle Garnier



Photo : © Louise Lefort

D^{re} Sandra Roman

Plusieurs médecins sont un peu perplexes à l'idée d'avoir comme patient un autre médecin. Faut-il le traiter comme un collègue ? Doit-on le considérer comme n'importe quel patient ? La relation ne risque-t-elle pas d'être compliquée ?

C'est entre autres

pour répondre à ces questions que le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a conçu, avec la collaboration de la Direction de la santé publique de Laval (DSPL), la brochure *Guide pour les médecins traitant des médecins*.

« L'idée du Guide était d'encourager les médecins à suivre des collègues. On voulait montrer que c'était à la fois pareil et différent du suivi d'un autre patient, explique l'un des auteurs, la D^{re} **Sandra Roman**, médecin-conseil au PAMQ et à la DSPL. Le médecin a ses particularités. Mais d'autres types de patients ont aussi les leurs. La prise en charge d'un collègue n'est pas si complexe que cela et peut être très valorisante. En même temps, c'est un geste de solidarité entre nous. Il faut que notre communauté s'entraide. »

Le document détruit le mythe du médecin mauvais patient. Le clinicien serait au contraire un patient motivé. Détestant être malade, craignant par-dessus tout d'avoir à arrêter ses activités professionnelles, il suit les recommandations qu'on lui fait. Le médecin est aussi un patient compréhensif. Se mettant à la place de son praticien, il est conscient de sa charge de travail et ne veut pas le déranger inutilement.

Mais peut-on suivre n'importe quel collègue ? Non. Il faut s'assurer qu'il y a une distance suffisante. Il est ainsi déconseillé de prendre en charge un confrère de sa propre clinique ou un clinicien avec lequel il y a un lien d'autorité, comme un chef de service. Un conflit d'intérêts pourrait apparaître si, par exemple, un arrêt de travail devenait nécessaire.

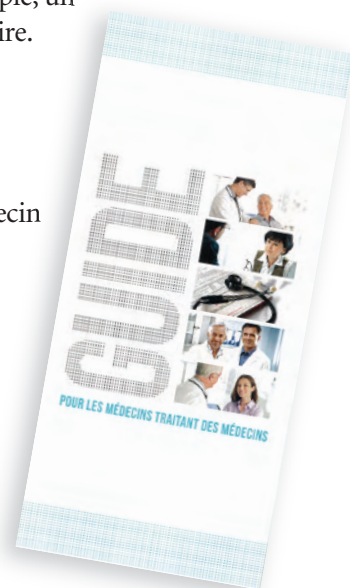
Donner un rendez-vous en bonne et due forme

Par où commencer ? Une fois que l'on a accepté d'être le médecin d'un confrère, il faut lui donner un rendez-vous en bonne et due forme, comme à tout autre patient. Dès le début de la consultation, on peut lui demander d'emblée ce qui l'amène. Les études révèlent que les cliniciens consultent peu de manière préventive et ont tendance à attendre l'apparition d'un symptôme préoccupant.

Comme d'habitude, il faut s'enquérir des antécédents familiaux et personnels. On doit aussi interroger le médecin sur sa situation personnelle et familiale. « Il ne faut pas présumer que tout va bien. Le médecin désire souvent projeter l'image qu'il a les différents aspects de sa vie bien en main », avertit la D^{re} Roman. Mais comme tout le monde, il peut avoir des problèmes familiaux, professionnels ou financiers.

Le clinicien traitant doit ensuite faire une revue des systèmes et tenir compte des facteurs de risque. « Il ne faut pas oublier ceux qui sont liés à la profession, comme le stress lié à la surcharge de travail, et au fait d'être médecin. Il ne faut pas hésiter à poser des questions à ce sujet », affirme la médecin-conseil.

Et sur le plan de la consommation de substances psychotropes ? Les médecins consomment moins de drogues que le reste de la population, fument moins, mais prennent plus de médicaments d'ordonnance de manière inappropriée. Leur consommation d'alcool, par contre, est similaire à celle de la plupart des gens.



Puis vient le moment de faire l'examen physique. Cela peut créer une certaine gêne. « Ne minimisez pas le malaise que vous ressentez à faire un examen complet, car il existe ! Suivez les règles établies, sans hésitation (dépistage des ITS chez un médecin à risque, toucher rectal quand l'indication est là) », recommande le Guide. Chez le médecin plus âgé, il ne faut pas non plus oublier la possibilité de troubles cognitifs.

Diagnostic et traitement

On peut se sentir un peu embarrassé d'énoncer à un collègue un diagnostic qui semble évident. Néanmoins, il faut émettre clairement son opinion. Si l'affection est grave, le médecin peut devenir vulnérable et inquiet, comme n'importe quel autre patient. Il faut alors le traiter comme un patient, et non plus comme un confrère.

Comme pour tout autre patient, il faut expliquer au médecin le plan d'évaluation, discuter du traitement, lui remettre au besoin une ordonnance et lui faire les recommandations habituelles, qui comprennent les conseils sur les habitudes de vie et les approches non pharmacologiques.

Il ne faut, par ailleurs, rien tenir pour acquis. Pas même que le médecin connaît les effets indésirables des médicaments qu'on lui prescrit. « Ça, c'est la pire chose, affirme la D^{re} Roman. Le problème de santé du médecin ne relève peut-être pas de son champ de compétences. Et ça fait du bien de se faire expliquer les choses comme à un autre patient. »

Et si le médecin demande qu'on lui prescrive un type de médicament plutôt qu'un autre ? « Ici, vous pouvez adopter une approche de collaboration, surtout pour les problèmes plus fréquents avec lesquels le médecin qui vous consulte est lui-même très à l'aise. Par exemple, s'il préfère une molécule plutôt qu'une autre pour traiter son hypertension, vous pouvez être souple, tant que vous restez fidèle à vos convictions », indique le document.

En fin de compte, il n'est pas nécessaire d'être un supermédecin pour suivre un autre clinicien. « Ce dont un médecin a vraiment besoin, c'est d'être reçu avec empathie, d'être écouté et de se sentir parfaitement à l'aise dans la relation

thérapeutique », affirme la D^{re} Roman. Il ne faut toutefois pas oublier qu'il a quand même besoin d'être reconnu comme un médecin.

Rédigé par la D^{re} Roman ainsi que par le D^r Claude Prévost, de la DSPL, et le D^r Claude Rajotte, du PAMQ, le *Guide pour les médecins traitant des médecins* se fonde sur des articles scientifiques. « Même si le document est nourri de notre propre expérience de cliniciens, les informations qui s'y trouvent ne reflètent pas nécessairement des opinions personnelles. Elles viennent beaucoup plus de ce que la littérature nous enseigne sur la vision de la relation thérapeutique des médecins, sur ce qu'ils souhaitent, ce qu'ils trouvent facile ou difficile », dit la médecin-conseil.

L'Association des médecins omnipraticiens de Laval

La création du Guide est l'une des suites de l'enquête qu'avaient menée le PAMQ et l'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL) auprès des médecins lavallois en 2010. Le sondage révélait entre autres que seulement 36 % des cliniciens avaient un médecin de famille qui n'était ni un proche, ni un collègue travaillant avec eux. Le document a donc été conçu pour aider et encourager les praticiens à suivre leurs confrères.

Le Guide, dont le tirage est limité, a été distribué à l'assemblée générale de l'AMOL.

« On espère que cela va susciter de l'intérêt, affirme le D^r Claude Saucier, président de

l'Association. J'ai collaboré à ce guide. Il m'apparaît adéquat, simple, bien conçu, agréable à regarder et pas trop chargé. » Le document sera éventuellement envoyé à l'ensemble des membres de l'Association. Le PAMQ, de son côté, souhaite pouvoir l'offrir à tous les médecins du Québec. ☞



D^r Claude Saucier

Photo : Emmanuelle Garnier

La Journée Carrière Québec 2011

la grande foire de l'emploi médical

Francine Fiore

Lieu privilégié de rencontres entre jeunes médecins et établissements, la Journée Carrière organisée par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) est devenue une tradition. Pour la seizième fois, le 25 octobre dernier, l'événement a réuni, au Palais des congrès de Montréal, plus de 125 centres de soins d'un peu partout au Québec ainsi que plusieurs centaines de futurs omnipraticiens et spécialistes.

La Journée Carrière demeure une activité essentielle, estime le D^r **Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. « C'est un excellent moyen de faire connaître aux jeunes médecins les possibilités de pratique en ville et en région », dit-il. Au stand de la Fédération, le D^r Dulude a reçu de nombreux visiteurs. « Ils s'intéressent à la revue *Le Médecin du Québec* et posent des questions sur la médecine familiale, les stages et la pratique dans une clinique médicale. Ils demandent également des explications concernant les plans d'effectifs médicaux en médecine familiale (PREM) et les activités médicales particulières (AMP). »

Demeurer vigilant

Présent comme chaque année à la Journée Carrière, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le D^r **Yves Bolduc** en a profité pour annoncer les PREM en médecine spécialisée et en médecine familiale, pour les quatre dernières années du plan quinquennal qui a commencé en 2011. Le ministre en est très satisfait. « Nous avons trouvé l'équilibre entre les besoins de la population et le nombre de postes offerts », a-t-il précisé.

Le plan quinquennal touche surtout les spécialités, précise le D^r Dulude. Il rappelle que

la population veut avant tout un médecin de famille qui assure le suivi et la prise en charge. « En omnipratique, il y a une pénurie d'environ 1200 médecins de famille, précise-t-il. De plus, on assiste à un phénomène générationnel. Les jeunes médecins ne veulent plus travailler de la même manière que leurs aînés. Tout en ayant une pratique satisfaisante, ils souhaitent conserver une bonne qualité de vie. »

Pour sa part, le D^r **Charles Dussault**, président de la FMRQ, considère le plan quinquennal comme une amélioration, mais demeure inquiet. « Sur papier c'est bien beau, mais nous avons certaines réserves, dit-il. Il faudra s'assurer que tout cela se concrétise et vérifier régulièrement que le plan répond aux besoins de la population et au nombre de finissants. En dépit de cette bonne volonté, un certain nombre de résidents n'auront pas de postes à la fin de leur formation. »

La FMRQ effectuera d'ailleurs des sondages auprès des résidents afin de savoir s'ils ont de la difficulté ou non à se trouver un poste. « De plus, nous vérifierons si les postes affichés sont pourvus ou non, et nous surveillerons les listes d'attente et la satisfaction des usagers. »

Pour les médecins de famille qui commenceront leur pratique en juillet 2012, le nombre de postes ne manque pas, souligne le D^r Dussault. Mais, à son avis, les AMP favorisent la pratique en établissement, ce qui ne permet pas d'établir une prise en charge adéquate des clientèles vulnérables ni un accès en tout temps à un médecin de famille. 📶



Journée Carrière des résidents

Photo : Jacques Fiore

Des nouvelles des associations

Association des médecins de CLSC Prix Inukshuk pour la D^{re} Pascale Garnier

Chaque année, l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) remet le prix Inukshuk à un membre qui s'est distingué au cours de sa carrière. Le lauréat doit être un modèle reconnu par ses collègues, s'être démarqué par ses réalisations et avoir contribué à la vie professionnelle ou syndicale.



D^{re} Pascale Garnier

Cette année, le prix Inukshuk a été décerné à la D^{re} Pascale Garnier, qui pratique au CLSC des Patriotes, à Beloeil. L'AMCLSCQ a voulu rendre hommage à un médecin actif dans le domaine du perfectionnement professionnel. « La D^{re} Garnier s'occupe de formation médicale continue à grande échelle. C'est une omnipraticienne très engagée, qui organise des activités reconnues et de très grande qualité », explique le D^r Sylvain Dion, président de l'AMCLSCQ.

Un collègue de la D^{re} Garnier, le D^r Roger Clark, se souvient que dès son arrivée au CLSC, en 1993, elle a manifesté son intérêt pour la formation médicale continue. Elle a commencé par organiser de petits dîners-conférences, puis a réussi à offrir en mai 2000 une journée entière et gratuite de formation médicale continue au Manoir Rouville-Campbell aux médecins de sa région.



D^r Sylvain Dion

« Ce n'était pas assez. Tes intérêts pour la santé des femmes, pour la santé mentale, la santé des jeunes et ton désir de répondre aux besoins de tes confrères et consœurs ont vite fait que ces journées se sont multipliées, si bien qu'on en compte pas moins de quatre par an maintenant, sans compter ta participation à quelques autres activités du genre », indique le D^r Clark dans un hommage écrit à sa collègue. Il lui est reconnaissant de tout son travail. « Merci d'avoir contribué au maintien de ma compétence et de celle de centaines d'autres médecins. »

Par ce prix, l'AMCLSCQ désire souligner le travail de tous les médecins de CLSC qui s'occupent de formation continue. « C'est un champ très important pour nos membres », affirme le D^r Dion. **EG**

Association de Laval Enfin un site Internet !

L'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL) vient d'inaugurer son site Internet : amol.ca. Dorénavant,



D^r Claude Saucier

les cliniciens au nord de Montréal pourront s'y rendre pour connaître les nouvelles syndicales et les activités de perfectionnement professionnel de leur région.

« On va beaucoup se servir de notre site pour la formation médicale continue, explique le D^r Claude Saucier, président de l'AMOL. Toutes les activités vont y être annoncées. C'est le D^r Daniel Laurin, responsable de la formation médicale continue, qui va s'en occuper. Dès qu'il accréditera une formation, il l'inscrira sur le site. » Pour faciliter la tâche aux médecins, amol.ca offre également un hyperlien avec le Plan d'auto-gestion de développement professionnel continu (PADPC) du site de la FMOQ.

Le nouveau site Internet de l'AMOL décrit aussi les services de l'association, présente les membres de son Bureau, offre un bottin des membres et contient une boîte à outils avec hyperliens et formulaires ainsi qu'un calendrier des événements où l'on trouvera bientôt les activités de formation continue.

Pourquoi se doter maintenant d'un site Web ? Pendant les dernières négociations, l'AMOL a commencé à communiquer avec ses membres par courriel. Elle devait maintenant aller plus loin. « Parfois, il faut un événement déclencheur pour adopter une nouvelle façon de faire », dit le D^r Saucier. **EG**



www.amol.ca

Association de la Mauricie Un prix au D^r Paulin Hébert

L'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM) a remis le Prix Jean-Garceau au D^r Paulin Hébert. « Le but de ce prix est de reconnaître le travail d'un omnipraticien autant comme médecin que comme



D^r Paulin Hébert

collègue de travail, de souligner la passion et de promouvoir la fierté et le goût du dépassement », explique le D^r Pierre Martin.

L'histoire du D^r Paulin Hébert est celle d'une passion. En 1997, l'omnipraticien prenait sa retraite, après une carrière bien remplie. Diplômé en 1960, il s'était installé à Maskinongé où il avait eu une pratique générale variée, exercé à l'urgence, pratiqué environ 125 accouchements par année. « Il aimait son travail. Il sortait du cabinet, parfois tard le soir, en chantonnant », mentionne le D^r Martin.



D^r Pierre Martin

La retraite du D^r Hébert n'a duré que six mois. Dans sa région où le manque de médecins était criant, les patients, désespérés, allaient le voir à la maison même s'il ne pratiquait plus. Il les traitait gratuitement. « L'important pour lui était de répondre aux besoins des gens. » Puis, le CHSLD de Trois-Rivières lui a offert un poste. Ensuite, le CLSC de Maskinongé lui a demandé de donner des soins à domicile et des soins palliatifs. Le D^r Hébert a ainsi rapidement été de retour à temps partiel. Aujourd'hui, âgé de 77 ans, il pratique encore. « On lui décerne un prix par reconnaissance pour tout ce qu'il a fait et tout ce qu'il continue à faire pour la région de Maskinongé », affirme le D^r Martin. **EG**

Prix Gilles- des Rosiers 2011

le lauréat : le D^r Denis Drouin

Cela fait vingt et un ans que le D^r Denis Drouin évolue dans l'univers de la formation médicale continue.

C'est pour s'être illustré dans ce domaine, qui est sa passion, que le prix Gilles-des Rosiers lui a été remis.

« Son engagement soutenu dans le perfectionnement professionnel continu mérite d'être souligné. C'est pourquoi nous lui décernons le prix Gilles-des Rosiers 2011. Ce prix reconnaît et souligne publiquement la



D^r Denis Drouin et D^r Louis Godin

qualité et la durée importante de sa contribution à la formation médicale continue des médecins omnipraticiens du Québec », a affirmé D^r Louis Godin, président de la FMOQ. Le lauréat est actuellement directeur adjoint du Développement professionnel continu à la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Transparents et crayons de couleur

Quand le D^r Drouin a commencé sa carrière en formation médicale continue, les cours étaient encore donnés avec des transparents, des crayons de couleur et des diapositives placées dans des carrousels. Ces méthodes n'étaient cependant pas très efficaces. « Les recherches ont révélé que l'enseignement magistral avait en fait très peu d'influence sur les pratiques professionnelles. Nous avons donc demandé à nos conférenciers, qui étaient d'excellents présentateurs, de devenir en plus des éducateurs », se rappelle le D^r Drouin.

(Suite à la page 123) >>>

Les Prix du Médecin du Québec

le numéro de l'année et les coups de cœur



D^{re} Claire Gamache

Le Prix du numéro de l'année du *Médecin du Québec* a été décerné à la D^{re} **Claire Gamache** qui était la responsable de thème du numéro intitulé *Le trouble de la personnalité limite : créer un duo d'enfer*, publié en novembre 2010.

« Le Prix du numéro de l'année reconnaît l'excellence, la rigueur, la qualité scientifique des textes de formation continue d'un numéro, mais aussi la bonne collaboration avec l'équipe de production du

Médecin du Québec. Ce prix souligne également le leadership du responsable de thème », explique le D^r **Martin Labelle**, rédacteur en chef de la publication.

En plus de faire preuve de rigueur, l'équipe de la D^{re} Gamache a entre autres réussi à rendre ses articles, dont le sujet était pourtant aride, à la fois intéressants et pratiques. « Ce numéro aide les médecins à dépister les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite et à poser le diagnostic. Il donne des outils pour le suivi ainsi que des conseils à long terme. »

Prix Coup de cœur

Le Prix Coup de cœur est décerné par le lectorat. En remplissant le formulaire du post-test de la section de formation continue, les médecins peuvent voter pour l'article qu'ils ont préféré. Le texte qui récolte le plus de votes dans l'année remporte le prix.

Coup de cœur 2010

Le Coup de cœur 2010 a été remis au D^r **Guy Adrien Riendeau** pour son article sur l'électrisation : « J'ai reçu un choc, Doc. Est-ce grave ? », publié en avril 2010.

« Cet article est utile, parce qu'il met à jour certaines notions sur l'électrisation et ses conséquences, explique le D^r Labelle. Il présente une classification des chocs électriques de bénins à graves, ce qui permet de bien évaluer le patient et le traumatisme électrique qu'il a subi. » Le texte énumère également les éléments importants à vérifier après une décharge électrique.

Coup de cœur 2009

Les lauréats du Prix 2009 sont les D^{rs} **Michel Labrecque** et **Michel Cauchon**, qui ont signé l'article « Le dépistage du cancer de la prostate : une loterie ! », publié en octobre 2009.

De façon originale, le texte comparait le dépistage du cancer de la prostate à une loterie

où l'on gagne rarement le gros lot, mais où l'on a souvent de petits gains et où l'on ne détient pas toujours la bonne carte, explique le rédacteur en chef. « Ce texte est intéressant, car il aborde du point de vue de l'omnipraticien un sujet controversé, qui comprend le toucher rectal et le dosage de l'APS. Il présente également les données probantes du moment. »

Coup de cœur 2008

Publié en août 2008, l'article « Comment évaluer l'hématurie » des D^{res} **Lyne Laurendeau** et **Isabelle Gosselin** a remporté le Coup de cœur de cette année-là.

Il s'agit d'un article clair, précis et pratique, affirme le D^r Labelle. « Le texte décrit les étapes de l'évaluation de l'hématurie microscopique et présente deux algorithmes pour l'illustrer. Il précise les signes d'alarme et les indications pour une consultation avec un spécialiste. Il est donc très utile dans la pratique quotidienne des médecins. » EG



Au-delà de la science-fiction

AVC, maladie d'Alzheimer et reprogrammation du cerveau

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

Un patient victime d'un accident vasculaire cérébral ou atteint des premiers signes de la maladie d'Alzheimer peut retrouver une partie de ses capacités perdues grâce à la plasticité du cerveau. Il est cependant possible de rendre les mécanismes de guérison en jeu beaucoup plus performants.

LE PATIENT VIENT d'avoir un accident vasculaire cérébral (AVC). Dans la boîte noire qu'est son crâne, des cellules privées de sang par une artère bloquée sont mortes. L'homme n'arrive plus à parler. Il ne balbutie que des fragments de mots. Probablement que dans l'hémisphère gauche de son cerveau, la région responsable de la parole est atteinte. Son bras droit bouge également avec difficulté. Le cortex moteur doit aussi avoir été touché.

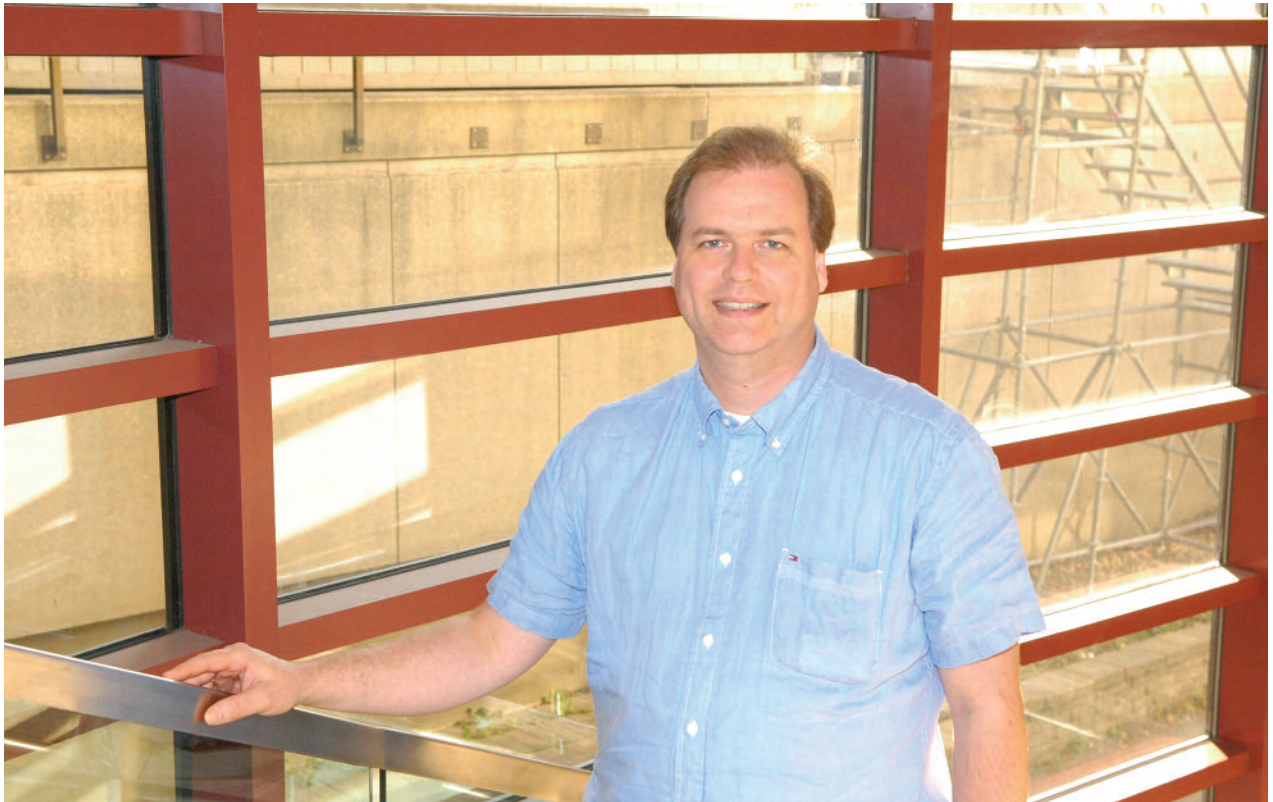
Dans les prochains jours, l'état du patient va cependant s'améliorer. Le cerveau, siège de l'intelligence, est lui-même intelligent. Et il possède une qualité précieuse : la plasticité. Il est capable de se remodeler lui-même. Sorte de panneau électrique autonome, il peut rétablir des connexions quand l'un de ses circuits est grillé. Il refait le câblage,

rebranche ses différentes parties, augmente l'activation de certaines zones, en reprogramme d'autres. À l'intérieur de la tête, les structures survivantes se réorganisent.

Le cerveau, siège de l'intelligence, est lui-même intelligent. Et il possède une qualité précieuse : la plasticité. Il est capable de se remodeler lui-même.

Mais même si le cerveau est intelligent, il se trompe parfois. Il ne sélectionne pas toujours la stratégie optimale. Et l'on ne dispose que de peu de temps pour le ramener dans la bonne direction. Mais on le peut. Le cerveau peut être reconfiguré dans une certaine mesure. « Il est important de commencer le traitement le plus tôt possible. Une fois que le mauvais mécanisme est établi, c'est beaucoup

plus difficile de revenir en arrière », indique le **D^r Alexander Thiel**, neurologue et directeur du Centre des accidents vasculaires cérébraux, à l'Hôpital général juif, à Montréal.



« Selon nos données, la stimulation magnétique transcrânienne est très prometteuse. Je pense que c'est une technique qui a le potentiel d'être utilisée en clinique. »

– D^r Alexander Thiel

Le cerveau à l'heure des choix

Le D^r Thiel travaille à partir des mécanismes de réparation naturels du cerveau. « Il y a une récupération spontanée pendant les cinq à dix premiers jours. Les symptômes diminuent normalement un peu une fois que la phase aiguë de l'AVC est terminée », explique le spécialiste. C'est la fenêtre où les interventions sont alors le plus efficaces.

Que se passe-t-il pendant ce laps de temps ? Après un AVC, un branle-bas de combat se déclenche dans les deux hémisphères. Mais dans celui qui a subi la lésion, l'activité ralentit, tandis qu'elle augmente dans l'autre. Et pour le cerveau, c'est l'heure des choix. Pour tenter de recouvrer ses fonctions perdues, il doit sélectionner l'une des deux stratégies : soit utiliser

les zones qui ont survécu dans l'hémisphère lésé, soit recourir à l'hémisphère indemne.

Quand le choix s'arrête sur l'hémisphère touché, le cerveau tente alors de transférer les tâches de la zone

dévastée aux régions voisines saines. C'est un peu comme si une maison d'édition perdait ses rédacteurs francophones. Elle peut décider de les remplacer par ses réviseurs ou ses traducteurs situés dans les bureaux adjacents. Ainsi, si une aire primaire du langage est anéantie, comme celle qui permet d'associer un mot avec un autre, la région responsable des synonymes peut la remplacer. Toutefois, quand la blessure est trop importante, le cerveau tente de mobiliser dans le même

Même si le cerveau est intelligent, il se trompe parfois. Il ne sélectionne pas toujours la stratégie optimale. Et l'on ne dispose que de peu de temps pour le ramener dans la bonne direction. Mais on le peut.

hémisphère des aires plus éloignées. Un peu comme si la maison d'édition tentait de recourir à ses

publicitaires du dixième étage pour rédiger ses textes (encadré 1).

Le cerveau a une autre possibilité : réassigner les fonctions de la zone détruite aux régions équivalentes de l'hémisphère intact. Cette fois-ci, la maison d'édition demanderait aux rédacteurs de sa section anglophone, devenus hyperactifs, de prendre la relève de leurs collègues francophones. C'est un choix que fait souvent le cerveau. Et, parfois, cette stratégie fonctionne très bien.

Le Dr Thiel a montré dans une étude que les patients atteints d'une tumeur cérébrale croissant lentement dans l'aire du langage arrivaient à utiliser la région équivalente de l'autre hémisphère pour continuer à parler¹. Cependant, quand le cancer croît trop rapidement, le second hémisphère n'arrive pas à prendre la relève. Le facteur déterminant est le temps.

Et c'est justement ce qui manque dans le cas d'un AVC. Ce cataclysme est trop brusque. L'hémisphère sain n'a pas le temps d'apprendre ses nouvelles fonctions. Le changement d'hémisphère est alors une mauvaise stratégie. Il est préférable que l'activité reste du même côté du cerveau.

La voie royale : l'apprentissage

Maintenant, comment intervenir pour aider les patients ? Dans ses laboratoires de l'Université de Montréal, le Dr Numa Dancause plonge dans les méandres du cerveau animal pour en étudier les mécanismes de récupération². Cet organe a une faculté fascinante. Il se modifie lui-même quand il apprend. « Sa plasticité entre en jeu quand on mémorise nos notes de cours avant de passer un examen, lorsqu'on apprend une nouvelle partition de piano ou quand on s'entraîne à améliorer son élan au golf », indique le chercheur. Cette aptitude est la voie royale pour aider le cerveau à se reconnecter.

Chez un mammifère, par exemple, il est possible d'augmenter la surface de la région du cerveau responsable de la main en entraînant l'animal à saisir de petites boules de nourriture dans un trou. Il s'agit d'une tâche de précision difficile pour lui. Il faut qu'il y ait un effort d'apprentissage pour que la modification se produise dans l'encéphale. La simple répétition d'un mouvement ne suffit pas.

Il y a un certain nombre d'années, le Dr Dancause a fait partie d'une équipe qui a publié une étude

Encadré 1.

Quand le centre de commande de la main se déplace dans le cerveau

Quand un AVC frappe la région qui dirige la main dans l'un des hémisphères, le cerveau tente de retrouver les fonctions qu'il a perdues. Il peut alors mobiliser les zones qui entourent la lésion pour qu'elles prennent la relève. Il pourrait, par exemple, changer la vocation des territoires occupés par le bras et l'épaulé au profit de la main.

Mais parfois les dégâts sont trop importants. Les aires avoisinantes sont inutilisables et le cerveau doit miser sur des zones plus éloignées. Le centre de commande de la main va alors se déplacer. « Il y a une relation linéaire entre la taille de l'AVC et les changements qui se produisent dans les aires distantes. Plus la lésion est grande et plus de neurones des régions éloignées devront changer de fonction », explique le Dr Numa Dancause, de l'Université de Montréal.

C'est comme si une maison d'édition qui a perdu non seulement ses rédacteurs, mais aussi, dans les bureaux voisins, ses traducteurs et ses réviseurs, déplaçait son centre de rédaction à l'étage des publicitaires à qui elle va dorénavant demander d'écrire les textes. Ces derniers devront restructurer leur équipe. Même s'ils ont tous étudié en communications, ils devront s'adapter à leurs nouvelles fonctions.

« Ce n'est pas n'importe quelle aire du cerveau qui peut prendre la relève », précise le Dr Dancause. Les régions particulièrement capables de remplacer celle qui commandait la main sont des aires prémotrices, des zones qui ont déjà des liens avec les muscles et qui entretenaient des relations étroites avec la région détruite dans le cortex moteur primaire. Ces endroits vont même se modifier anatomiquement pour remplir leur nouveau rôle.

Le cerveau va ainsi faire de la « gestion de l'immobilier cortical » (*cortical real estate*). « On a un certain nombre de terrains et selon l'importance de la fonction perdue, on va aller en acquérir de nouveaux. » Quand l'AVC est trop important, cependant, le patient récupère moins bien. Il n'y a plus de lots avec le potentiel requis. C'est comme s'il y avait eu une hécatombe au sein du personnel de la maison d'édition et que cette dernière faisait appel aux plombiers du sous-sol pour effectuer le travail de rédaction. Les résultats seront moins bons.

déterminante dans la prestigieuse revue *Science*³.

Les chercheurs se sont intéressés à des singes qui avaient appris eux aussi à retirer des boulettes d'aliments d'une cavité. Après avoir subi de petites lésions dans le cortex moteur, l'équivalent de légers AVC, les primates avaient d'abord de la difficulté à effectuer leur tâche. Toutefois, au bout de cinq jours, ils y parvenaient de nouveau. Leur cerveau avait récupéré tout seul. Les chercheurs ont refait



« La plasticité du cerveau entre en jeu quand nous mémorisons nos notes de cours avant de passer un examen, lorsque nous apprenons une nouvelle partition de piano ou quand nous nous entraînons à améliorer notre élan au golf. »

– P^r Numa Dancause

l'expérience, mais cette fois-ci, plutôt que de laisser tous les animaux guérir spontanément, ils ont montré à certains d'entre eux à retirer des boulettes dans des trous de plus en plus petits, ce qui exigeait un effort constant. Les singes de ce groupe portaient, par ailleurs, une chemise qui limitait les mouvements du membre moins atteint.

Les scientifiques ont constaté que chez les primates laissés à eux-mêmes, l'aire du cerveau représentant la main était plus petite qu'avant la production des lésions. Par contre, chez ceux qu'ils avaient entraînés, le centre de commande de la main n'avait pas perdu de terrain et était même parfois plus grand. Cette étude est maintenant l'une des bases de la réadaptation après un accident vasculaire cérébral.

Quand la médecine entre dans la science-fiction

Aujourd'hui, quand un patient a subi un AVC qui l'empêche d'utiliser un bras, on lui fait travailler ce membre au cours de séances de physiothérapie. « L'un des traitements consiste à immobiliser le bon bras avec une attelle. Les patients font ensuite des exercices pour

utiliser le bras atteint de manière à augmenter dans le cerveau l'activité de la région autour de l'AVC », indique le D^r Thiel.

Pourquoi immobiliser le bras sain ? On inhiberait ainsi la région responsable des mouvements de ce membre dans l'hémisphère indemne, une zone qui a tendance à être trop activée après un AVC. Cet arrêt permettrait de mieux faire travailler l'hémisphère lésé, qui lui, est sous-activé.

Et comment fait-on lorsque le patient n'arrive plus à parler ? Comment forcer son cerveau à n'utiliser que l'hémisphère lésé. Chez un droitier, c'est la partie gauche qui renferme la zone liée au langage. « Si un sujet a un AVC qui le rend aphasique, une importante partie de l'activité qui était dans l'hémisphère gauche va être transférée dans le droit. Chez cette personne, la possibilité d'une récupération complète sera réduite, parce que la moitié droite n'est pas aussi efficace ni aussi entraînée pour le langage. Ce transfert bloque la récupération de la parole », affirme le neurologue.

C'est là qu'intervient une méthode expérimentale qui semble tout droit sortie d'un film de science-fiction :



Photo 1. Une bobine est placée par l'opératrice sur la tête du sujet au-dessus de la région du cerveau à traiter. Les lunettes que porte le patient servent de repère pour suivre en continu sur l'écran la position de la bobine par rapport à la tête, ce qui permet un guidage très précis.

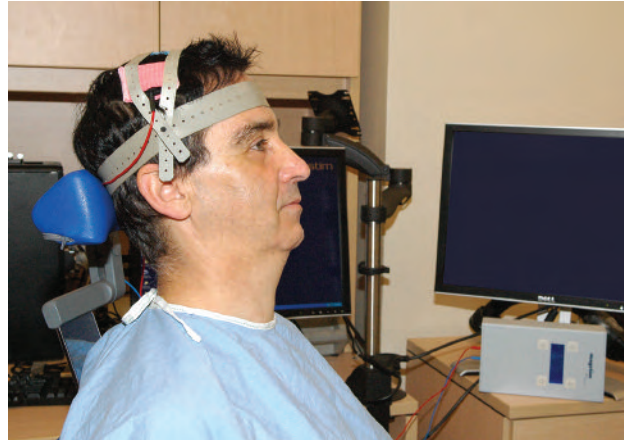


Photo 2. Stimulation transcrânienne à courant continu. On voit sur la tête du patient l'anode, qui est en rose. L'appareil en tant que tel est la boîte grise à droite.

la stimulation magnétique transcrânienne (SMT). Elle facilite la reprogrammation du cerveau.

La SMT peut être utilisée pour réduire l'activation de l'hémisphère droit qui est inadéquat pour le langage. L'appareil possède une bobine émettant un champ magnétique que l'on place sur la région du cerveau à traiter (photo 1). « Le champ magnétique induit un courant dans le cortex qui bloque le fonctionnement normal de la région cérébrale. Si l'on fait un traitement de vingt minutes, la fonction est bloquée pendant trente minutes. On peut alors donner une séance d'orthophonie pendant cette demi-heure. Tous les efforts que le patient fait alors sont canalisés dans l'hémisphère gauche », explique le D^r Thiel.

Le D^r Thiel et ses collaborateurs ont fait une étude préliminaire sur dix patients présentant des AVC de taille moyenne⁴. Le cerveau récupère différemment selon la grosseur de la lésion. « Quand un petit infarctus se produit dans le cerveau, les patients guérissent d'eux-mêmes. Ils n'ont pas vraiment besoin de thérapie. Et si la lésion est trop importante, il n'y a alors aucun potentiel de récupération », explique le spécialiste. C'est entre les deux que l'on peut intervenir le mieux.

Au cours de l'étude, environ la moitié des sujets a reçu un traitement de stimulation magnétique transcrânienne dans l'hémisphère droit avant la séance d'orthophonie, et l'autre moitié sur le dessus de la tête, ce qui est sans effet. Après dix séances, les résultats sont intéressants : le groupe traité a mieux récupéré. « Chez la plupart, il y a eu une amélioration globale du langage.

Mais le changement le plus significatif était dans la capacité de nommer des objets », affirme le médecin. L'emploi du SMT n'a pas causé d'effets indésirables importants, mais on a déjà signalé dans la littérature médicale de rares cas de crises d'épilepsie.

Une méthode moins chère et moins encombrante

Pour savoir quelles régions du cerveau étaient activées par les sujets avant et après les séances de SMT, l'équipe du D^r Thiel a recouru à l'imagerie par résonance magnétique. Dans son bureau de l'Hôpital général juif, le chercheur fait apparaître sur son écran d'ordinateur deux images du cerveau de l'un des participants traités. « On peut voir qu'avant le traitement, le patient active dans l'hémisphère droit la région qui correspond à celle de l'aire du langage dans l'hémisphère gauche. Après, il réutilise l'aire de gauche. » Ce qui est la stratégie souhaitée. Deux autres images de cerveau apparaissent sur l'écran du D^r Thiel. « Ceci est un patient non traité. Avant le traitement placebo, il activait entre autres l'hémisphère droit et après, il a renforcé son utilisation de cet hémisphère. » Ce choix va lui nuire.

L'étude, qui compte maintenant 20 patients, se poursuit. Les résultats de l'analyse intérimaire sont encore plus significatifs. L'expérience va ensuite être reprise dans une étude clinique multicentrique pancanadienne.

La SMT a cependant deux inconvénients : elle est chère et encombrante. Une autre méthode pourrait

la remplacer, la stimulation transcrânienne à courant continu (*Photo 2*). L'appareil a la taille d'un baladeur. Il comprend deux électrodes que l'on pose sur le crâne : la cathode qui diminue l'excitabilité des cellules du cerveau et l'anode qui l'augmente. Le procédé a ainsi deux actions. On peut donc à la fois accroître l'activation dans un hémisphère et la réduire dans l'autre. « Nous ignorons si cette nouvelle méthode est aussi efficace que la SMT. Elle semble cependant fonctionner. Nous faisons une étude en ce moment pour comparer les deux », indique le spécialiste.

Prévenir la maladie d'Alzheimer

Possède-t-on toute notre vie le pouvoir de remodeler notre cerveau ? Contrairement à ce que l'on pensait, on conserve notre plasticité même à un âge avancé. Même si des signes précurseurs de la maladie d'Alzheimer apparaissent.

D'ailleurs, si la maladie neurodégénérative

se profile, la plasticité naturelle des hémisphères se réactive. « Le cerveau se défend. Il combat la maladie d'Alzheimer en réorganisant les régions qui sont atteintes et en les activant davantage », explique la **P^{re} Sylvie Belleville**, qui enseigne au Département de psychologie de l'Université de Montréal. « Notre équipe a montré qu'au début de la maladie, il y avait une grande hyperactivation dans le cerveau, mais après on voit une hypoactivation. Quand la personne commence à présenter des signes plus graves de maladie, c'est comme si la compensation n'était plus possible et qu'il y avait une sorte d'effondrement du processus de plasticité », précise la neuropsychologue, également directrice de la recherche à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

C'est donc avant que s'installe la maladie d'Alzheimer qu'il faut intervenir. Pendant la phase précoce où elle ne se manifeste encore que par des troubles cognitifs légers. Et comme c'est le cas pour

les AVC, la clé qui permet d'accéder à la plasticité naturelle du cerveau est l'apprentissage.

Dans son bureau doté de grandes fenêtres donnant à la fois sur l'Université de Montréal et l'Oratoire Saint-Joseph, bénéficiant peut-être de l'influence du savoir et du ciel, la P^{re} Belleville a découvert qu'on pouvait améliorer les capacités des personnes atteintes de troubles cognitifs légers en leur faisant faire de nouvelles tâches de mémoire qui ciblent des zones précises du cerveau⁵. Et elle a même réussi à fixer le changement sur image grâce à la résonance magnétique.

L'objectif de la chercheuse et de son équipe était de miser sur les facultés intactes des personnes présentant une déficience cognitive légère. « Chez ces gens, c'est la mémoire qui est atteinte. Pour l'augmenter, on a voulu accroître l'activation dans des régions qui sont responsables de l'imagerie mentale, de la mémoire visuospatiale et de la mémoire sémantique – celle qui enregistre nos connaissances sur le monde. »

La stratégie choisie est un peu celle d'une maison d'édition dont les rédacteurs deviennent de moins en moins performants et qui demande aux journalistes-photographes du journal voisin de venir leur donner un coup de main. En pleine forme, ils arrivent avec de nouvelles méthodes de travail et des trucs du métier différents. Toute l'équipe en est dynamisée.

L'étude comprenait 30 participants âgés en moyenne de 70 ans : 15 présentant des troubles cognitifs légers et 15 sans problèmes mnésiques. Les sujets ont reçu un entraînement destiné à améliorer leur mémoire. Pour stimuler les zones encore intactes qu'ils visaient, les chercheurs ont enseigné aux participants des stratégies faisant appel à leur capacité d'imagerie visuelle et à leurs ressources sémantiques (*encadré 2*).

Afin de mesurer les effets de cette formation sur l'activation du cerveau, l'équipe de la P^{re} Belleville a utilisé l'imagerie par résonance magnétique avant et après l'entraînement. Les patients étaient filmés par l'appareil pendant qu'ils mémorisaient des listes de mots et pendant qu'ils se les rappelaient. « Cela permet de voir les régions qui sont actives et qui ont été recrutées pour les tâches de mémoire. »

Un cerveau qui se normalise

Les chercheurs ont gagné leur pari. « Ce qu'on voit, c'est que les participants ayant des troubles cognitifs légers ont recruté des régions intactes du cerveau. C'est incroyable. Ils l'ont fait spontanément. C'est génial. Le cerveau est extraordinaire », souligne la P^{re} Belleville, enthousiasmée.

L'une des nouvelles zones mobilisées est particulièrement intéressante : le lobule pariétal inférieur droit. Son activation était associée, chez les participants atteints, à une augmentation de la performance. « Après avoir reçu la formation, plus ils activaient cette région et meilleurs ils étaient. » Cette zone en forme de virgule est d'ailleurs liée à la mémoire visuospatiale, l'une des cibles des chercheurs.

De manière globale, l'entraînement a produit chez les sujets atteints une hausse de l'activation d'un grand réseau composé de plusieurs aires du cerveau. Ils faisaient dorénavant appel à de nouvelles régions pour les tâches de mémoire. Ils utilisaient ainsi à la fois des zones déjà associées à la mémorisation et de nouvelles, dont plusieurs



« Le cerveau se défend quand survient une maladie neurodégénérative. Il combat la maladie en réorganisant les régions qui sont atteintes et en les activant davantage. »

– P^{re} Sylvie Belleville

étaient liées à l'élaboration sémantique et à la mémoire visuospatiale.

Cette réorganisation cérébrale a transparu dans la performance des participants. Les sujets au stade préAlzheimer ont fait d'impressionnants progrès. « C'est comme s'ils avaient rejoint le niveau de personnes âgées normales qui n'avaient pas eu d'entraînement. » Ils n'ont cependant pas rattrapé les participants normaux de l'étude. Parce que ceux-ci ont progressé autant qu'eux grâce à la formation. Le cerveau des sujets atteints semblait, par ailleurs, se normaliser. Dans plusieurs régions, le niveau d'activation, qui était auparavant plus faible, se rapprochait de celui des sujets sains.

(Suite à la page 103) >>>>

Encadré 2.

Un entraînement pour réduire les troubles cognitifs légers

Pendant six semaines, les trente participants de l'étude de la P^{re} Sylvie Belleville ont reçu un entraînement hebdomadaire de deux heures. Tant ceux qui présentaient des troubles cognitifs légers que les autres. Un thérapeute leur a enseigné des techniques et des trucs mnémotechniques pour améliorer leur mémoire. Les sujets ont ainsi appris à mieux encoder l'information, c'est-à-dire à mieux l'enregistrer, et à la récupérer plus efficacement. Ces méthodes sont particulièrement utiles pour les sujets atteints d'une déficience cognitive, qui ont de la difficulté à effectuer ces opérations. Mais elles sont également intéressantes pour les personnes sans troubles de mémoire.

La technique enseignée vise entre autres à rendre l'encodage riche, élaboré, efficace. « La mémoire dépend beaucoup de la façon dont on enregistre les choses. Plus on range les informations de façon organisée et élaborée, plus on est capable de les récupérer », explique la P^{re} Belleville.

Le but de l'entraînement était d'activer des régions précises du cerveau encore intactes chez les personnes ayant des troubles cognitifs légers : les aires responsables de l'imagerie mentale, de la mémoire visuospatiale et de la mémoire sémantique.

« C'est un entraînement qui repose beaucoup sur les liens sémantiques, c'est-à-dire des liens avec des choses que l'on connaît. Par exemple, le nom d'une personne avec l'une de ses caractéristiques ou avec des choses connues. » On nous présente, par exemple, Léo, un homme autoritaire à la crinière blonde et épaisse. Pour se souvenir de son nom, on peut penser à un lion. « Il faut faire le lien avec quelque chose qui est dans son visage ou son physique pour associer le nom avec la figure. Quand on voit ensuite Léo, ce qu'on aperçoit c'est Léo et le lion. En apercevant sa chevelure, on récupère le nom. » Ce truc stimule la mémoire visuospatiale.

L'entraînement comprenait également des stratégies pour mémoriser des rendez-vous, des listes, des noms propres et des textes. On enseignait notamment aux participants à créer des images mentales efficaces. « Par exemple, si on doit se souvenir d'un rendez-vous, il suffit de se faire une image rigolote », indique la neuropsychologue. Ainsi, pour se rappeler que l'on doit appeler le médecin, on peut imaginer le clinicien étendu sur notre téléphone. « Juste le fait de concevoir une image drôle peut faire en sorte que l'on s'en souvienne. Cela fonctionnera d'autant mieux qu'elle sera riche, vive, émotive et drôle. Le caractère inusité accroît aussi la capacité à évoquer le souvenir. »

Donc, toutes les semaines, les sujets, en petits groupes de 5 ou de 6, apprenaient une stratégie différente qu'ils répétaient. Le thérapeute l'expliquait, montrait en quoi elle consistait et la faisait lui-même. Chaque personne l'effectuait ensuite devant l'intervenant qui pouvait rectifier le tir au besoin. Le participant voyait ensuite les autres membres du groupe faire le même exercice, ce qui renforçait l'apprentissage.



**Congrès de formation
médicale continue**
FMOQ

9 et 10 février 2012

La gériatrie
Hôtel Delta Québec, Québec

22 et 23 mars 2012

La dermatologie
Centre Mont-Royal, Montréal

19 et 20 avril 2012

Les urgences
Hôtel Delta Québec, Québec

17 et 18 mai 2012

L'infectiologie
Hôtel Sheraton Laval, Laval

7 et 8 juin 2012

L'omnipratique d'aujourd'hui à demain
Hôtel Delta Québec, Québec

13 et 14 septembre 2012

L'urologie, la néphrologie et la sexologie
Hôtel Sheraton Laval, Laval

◀◀◀ (Suite de la page 26)

Le cerveau doit choisir entre deux stratégies pour tenter de recouvrer ses fonctions perdues : soit utiliser les zones qui ont survécu dans l'hémisphère lésé, soit recourir à celui qui est resté indemne.

Les traitements de demain

De nouvelles perspectives s'ouvrent maintenant dans le traitement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou victimes d'un AVC. Des thérapies novatrices se préparent. « Il est possible que dans un avenir relativement rapproché le traitement des personnes ayant eu, par exemple, un AVC ne soit pas le même pour tous et tienne compte de l'emplacement et de l'étendue de la lésion. On regardera également l'effet du traitement sur la réorganisation du cerveau. On peut même imaginer utiliser des techniques pour en moduler la plasticité si elle va dans une mauvaise direction. C'est sûr que cela fait encore un peu *Star Trek* », reconnaît le P^r Dancause.

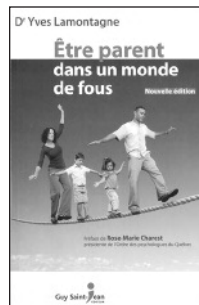
En attendant, les chercheurs continuent à sonder les abysses de l'encéphale. « Une meilleure compréhension des “règles du jeu” de la plasticité nous permettra de planifier et de modifier les traitements pour les rendre plus efficaces et mieux adaptés à chaque patient », affirme le chercheur. 🍷

Références

1. Thiel A, Habedank B, Herholz K et coll. From the left to the right: How the brain compensates progressive loss of language function. *Brain Lang* 2006 ; 98 (1) : 57-65.
2. Dancause N, Nudo RJ. Shaping plasticity to enhance recovery after injury. *Prog Brain Res* 2011 ; 192 : 273-95.
3. Nudo RJ, Wise BM, SiFuentes F et coll. Neural Substrates for the Effects of Rehabilitative Training on Motor Recovery After Ischemic Infarct. *Science* 1996 ; 272 (5269) : 1791-4.
4. Weiduschat N, Thiel A, Rubi-Fessen I et coll. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in aphasic stroke: a randomized controlled pilot study. *Stroke* 2011 ; 42 (2) : 409-15.
5. Belleville S, Clément F, Mellah S et coll. Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain* 2011 ; 134 (Pt 6) : 1623-34.

Être parent dans un monde de fous

Du D^r Yves Lamontagne



Qui de mieux placé qu'un psychiatre et un « vieux » nouveau père pour parler de ce sujet fondamental qu'est la paternité. Papa pour la première fois à 43 ans, le D^r Yves Lamontagne, psychiatre et ex-président-directeur général du Collège des médecins du Québec, considère qu'on ne naît pas parent, on le devient. La vie trépidante d'aujourd'hui, l'inexpérience, la carrière, les relations entre conjoints, le

manque de connaissances compliquent ce rôle, estime-t-il.

Dans cette nouvelle édition mise à jour, le psychiatre transmet son expérience personnelle et le fruit de sa recherche. Il propose des conseils et des moyens efficaces pour être un parent aimé et aimant, tout en encadrant les enfants de tous âges et en leur accordant l'appui dont ils ont besoin.

Ayant analysé l'état de notre société et s'appuyant sur de nombreuses études, le D^r Lamontagne examine d'abord la situation dans laquelle se trouvent les parents d'aujourd'hui. À son avis, l'arrivée des enfants peut avoir un effet néfaste sur le couple, peu importe le revenu, le niveau de scolarité ou le groupe ethnique. En outre, l'auteur apporte un éclairage précieux sur les questions actuelles, dont la violence, l'intimidation, l'alcool, les drogues, l'Internet, les réseaux sociaux, le suicide, la préadolescence, etc.

Positif et pragmatique, le D^r Lamontagne établit des principes de base et décrit certaines techniques provenant des théories de l'apprentissage utiles dans l'éducation des enfants. Certaines, vraiment simples à appliquer, sont utilisées en thérapie comportementale, son domaine de recherche depuis plus de trente ans. ☺

Guy Saint-Jean éditeur, Laval, 2011,
168 pages, 19,95 \$

◀◀◀ (Suite de la page 17)

L'enseignement devait devenir plus interactif. Il fallait recourir à des méthodes plus vivantes, briser la dynamique didactique et rendre les participants plus actifs. Contribuant à la création de cette nouvelle approche, le D^r Drouin a lui-même formé des centaines de médecins à ces méthodes d'apprentissage interactives.

De nouveaux moyens

Le monde du perfectionnement professionnel n'avait pas fini d'être bouleversé. Des études montraient que la formation médicale influait fort peu sur le traitement des patients. Accroître les connaissances des médecins ne suffisait pas. Leur pratique n'en était pas modifiée assez rapidement. Il fallait donc agir aussi dans d'autres directions pour améliorer les soins à la population. Il devenait nécessaire, par exemple, d'avoir des outils d'aide à la décision médicale, d'obtenir la collaboration d'autres professionnels de la santé et de faire de l'enseignement auprès du public.

Conscient de ces nouveaux enjeux, le D^r Drouin a cherché de nouvelles voies pour accroître les effets de la formation continue. Il a ainsi collaboré à la création de guides de pratique, comme les trois éditions du *Guide thérapeutique, l'Hypertension*. Il est également devenu le rédacteur en chef du bulletin *Les Actualités du cœur* qui s'adresse aux professionnels de la santé et comprend divers outils d'aide à la décision.

La formation médicale continue s'est également transformée, au fil des années, en « développement professionnel continu ». Et le D^r Drouin était aux premières loges. Il a accompagné ses collègues dans ce nouveau tournant.

Le perfectionnement professionnel n'a cependant pas fini d'évoluer. Le prochain défi ? « C'est d'intégrer les nouvelles technologies de l'information et d'offrir à nos jeunes médecins un environnement d'apprentissage complètement différent, pense le lauréat. Nous avons longtemps valorisé les connaissances, mais nous devons maintenant voir le futur médecin comme une personne accomplie et compétente, qui en plus de l'érudition, possède des aptitudes à la communication, à la gestion et à la collaboration. » EG

Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- **Janvier 2012**
Les neuropathies
- **Février 2012**
La thyroïde
- **Mars 2012**
Les patients atteints de maladies vasculaires
- **Avril 2012**
Les hépatites virales
- **Mai 2012**
Les questions médico-légales au quotidien
- **Juin 2012**
Les affections liées à l'activité physique en pédiatrie
- **Juillet 2012**
Les grands syndromes cliniques chez la personne âgée
- **Août 2012**
Les troubles du mouvement
- **Septembre 2012**
Les nouveautés en santé mentale





Conférences en ligne les plus récentes

Allergies alimentaires et syndrome d'allergie orale

- D^{re} Nina Verreault, spécialiste en immunologie clinique et allergies
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

La maladie thromboembolique veineuse et la thrombophilie

- D^{re} Sylvie Desmarais, interniste au Centre hospitalier Pierre-Boucher, à Longueuil
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Les blessures des membres supérieurs au service de consultation sans rendez-vous

- D^r Richard Blanchet, omnipraticien au Centre médical Le Mesnil, de Québec et le D^r Sylvain Boutet, omnipraticien au Centre médical L'Hétrière, à Saint-Augustin-de-Desmaures
- 2 heures de crédits de formation de catégorie 1

Les blessures des membres inférieurs au service de consultation sans rendez-vous

- D^{re} Diane Lambert et D^r Germain-Michel Thériault, omnipraticiens au Centre médical Saint-Jean, à Québec
- 2 heures de crédits de formation de catégorie 1

Mise à jour sur les cancers de l'endomètre et des ovaires

- D^r Philippe Georges Sauthier, obstétricien et gynéco-oncologue au CHUM
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

www.fmoq.org